

FR_GERICHTE 608 2014 111 vom 11. Mai 2016

FR Kantonsgericht, 2016-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_111

FR: FR_GERICHTE 608 2014 111 du 11 mai 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 111 del 11 maggio 2016

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 2

février 2016, dit, par 4 voix contre 3, que la méthode mixte du droit suisse viole l'art. 14, combiné avec l'art. 8 de la convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH ; RS 0.101).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 f) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision ; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen

matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7 ; 9C_910/2010 du

E. 7

juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). g) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 ; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 ; 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donné alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêts TF 9C_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.3.2 ; 9C_454/2008 du 27 février 2009 consid. 2.2 ; 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles, ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 de la CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (arrêt TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1). h) Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure

néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 3. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de la recourante, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle et de ses empêchements dans le ménage. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente (cf. supra 2f) avec son état de santé au moment de la décision de révision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. Dans la présente occurrence, la dernière décision ayant matériellement examiné le droit à la rente de la recourante est la décision du 17 novembre 2011, qui a confirmé son droit à la rente entière au terme de la quatrième procédure de révision d'office ; toutefois, l'enquête ménagère produite dans le cadre de cette procédure n'ayant – sur le vu du dossier AI – pas été finalisée par l'attribution de taux d'empêchement aux différents postes, il sied de remonter à la précédente et première enquête ménagère effectuée en 1994. La décision portée céans est celle du 19 mai 2014. a) Les pièces suivantes ont initialement été déposées au dossier AI : - Le rapport médical du 21 mai 1991 du Dr C._____, médecin spécialiste FMH en orthopédie- traumatologie, qui a exposé que l'assurée avait été opérée à l'âge de 13 ans d'une séquelle de luxation congénitale de la hanche droite par ostéotomie inter-trochantérienne de valgisation. - Le rapport médical du 27 février 1992 du Dr D._____, médecin spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, qui a retenu un status après ostéotomie intertrochantérienne de valgisation des deux hanches pour luxation congénitale de la hanche droite, syndromes vertébraux mineurs étagés sur troubles statiques, en particulier une hyperlordose lombaire, et une

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 obésité. Le médecin a, sur la base de ses constatations, conclu à une incapacité de travail de 40% environ et à un empêchement de l'ordre de 25% en ce qui concerne le ménage. - Le rapport médical du 17 novembre 1993 du Dr E._____, médecin spécialiste FMH rhumatologie, qui a retenu les diagnostics de coxarthrose bilatérale, sévère à droite, asymptomatique à gauche, secondaire à une épiphysiolyse bilatérale de la tête fémorale traitée par ostéosynthèse en 1971, de syndrome lombo-vertébral chronique sur troubles statiques et dysbalance musculaire, de syndrome cervico-vertébral chronique sur dysbalance musculaire et de fibromyalgie ; les gonalgies rapportées par l'assurée ne sont par contre pas objectivées. - Le rapport d'enquête économique sur le ménage du 14 mars 1994, qui a conclu à une invalidité de l'assurée de 40,25% dans l'accomplissement de ses travaux habituels, à savoir 0% pour la « conduite du ménage », 40% pour le poste « alimentation », 75% pour l'« entretien du logement », 25% pour les « emplettes et courses diverses », 70% pour le poste « lessive et entretien des vêtements », 10% pour les « soins aux enfants ou aux autres membres de la famille » et enfin 80% pour les « divers ». Sur la base de cette documentation, l'autorité intimée, par décisions du 21 juin 1994, lui a accordé un quart de rente (40% d'invalidité) du 1er novembre 1992 au 31 janvier 1993, puis une demi-rente (50% d'invalidité) du 1er février 1993 au 30 avril 1993 et une rente entière à partir du 1er mai 1993 ; appliquant la méthode mixte, l'office lui a alors reconnu une invalidité globale de 70% (pondération de 50%-50%, 50% pour l'activité lucrative [50% x 100%] + 20.13% dans l'accomplissement de ses travaux habituels [50% x 40,25%]). Dans le cadre des procédures de révisions successives, les pièces suivantes ont pour l'essentiel été déposées aux actes : - Le rapport d'enquête ménagère du 9 septembre 2010, qui n'a pas débouché sur la fixation de pourcentages aux empêchements de la recourante dans les travaux ménagers. - Les attestations des 7 octobre

1994, 25 décembre 1996, 28 juin 2000, 22 janvier 2005, 16 mars 2005, 20 juillet 2008, 1er décembre 2010 et 29 juin 2011 du Dr F. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a noté la mise en place d'une prothèse totale de hanche type Spotorno non cimentée à droite le 11 août 1994 pour nécrose et subluxation de la tête fémorale droite, la péjoration progressive de l'arthrose de la hanche droite, la mise en place d'une prothèse de la hanche gauche de type Spotorno le 28 août 2011 pour coxarthrose avancée. - Le rapport de protocole opératoire du 28 octobre 2011 du Dr F. _____, attestant de la mise en place d'une prothèse de hanche gauche type Spotorno le 8 octobre 2011 pour coxarthrose grave de la hanche gauche in status post-ostéotomie de valgisation et dérotation en 1971. L'autorité intimée a dès lors, par décisions successives des 3 juin 1997, 28 juillet 2000, 26 juillet 2005 et 17 novembre 2011, confirmé le droit de la recourante à la rente entière en raison de la problématique aux hanches dont elle souffre. b) Dans le cadre de la cinquième révision d'office, l'autorité intimée a fait produire la documentation médicale suivante : - L'attestation du 5 décembre 2011 du Dr F. _____, qui a noté une évolution post-intervention sur la hanche gauche satisfaisante et estimé que l'assurée devrait pouvoir reprendre une activité professionnelle à plein temps à compter du 3 janvier 2012. - Le rapport médical intermédiaire du 15 juin 2012 du Dr F. _____, qui renvoie au protocole opératoire du 28 octobre 2011 et à son attestation du 5 décembre 2011.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 - Le rapport médical du 9 octobre 2012 de la Dresse G. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a retenu, comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, la mise en place des deux prothèses, à droite en 1994, à gauche en octobre 2011 ainsi que, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, une hypertension artérielle, une obésité de stade II (BMI 35,7) et un status variqueux des membres inférieurs. Le médecin traitant a considéré que les anciennes activités professionnelles d'aide-infirmière et de vendeuse n'étaient plus exigibles. Elle a en revanche conclu à une capacité de travail résiduelle d'une heure par jour dans un travail de bureau. - La prise de position du 18 octobre 2012 du Dr H. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, qui a estimé que l'évolution avait été favorable depuis l'implantation d'une prothèse de hanche à gauche, que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'une activité légère et adaptée était désormais exigible à plein temps. Faisant sienne l'avis de son service médical, l'autorité intimée a, par projet de décision du

E. 12

février 2013, signifié à l'assurée qu'il entendait supprimer sa rente d'invalidité. Les pièces suivantes ont été déposées dans le cadre de la procédure d'objection : - L'attestation du 10 décembre 2012 du Dr F. _____, qui a exposé que l'examen clinique de la hanche était en ordre et que les gênes encore ressenties par l'assurée étaient engendrées par le fait qu'il s'agissait d'une troisième intervention après une ostéotomie et une correction de l'état par ablation du matériel d'ostéosynthèse. - Le certificat médical du 28 février 2013 de la Dresse G. _____, qui a exposé que l'état de santé de sa patiente s'était péjoré depuis l'opération du 29 octobre 2011. - L'attestation du 10 mars 2013 du Dr F. _____, qui a estimé que la situation clinique de sa patiente s'était améliorée et qu'elle ne présentait dès lors plus aucune incapacité de travail en relation avec les hanches ni même de limitation fonctionnelle. - Le rapport médical du 19 mars 2013 de la Dresse G. _____, qui a derechef relevé que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis octobre 2011. L'assurée présenterait une limitation des amplitudes articulaires de la hanche gauche, outre des douleurs aux deux genoux et aux deux talons. La généraliste a estimé qu'aucune activité

lucrative n'était exigible de sa patiente. Face à ces divergences, l'autorité intimée a diligencé un examen rhumatologique. Dans son rapport d'examen du 18 juillet 2013, la Dresse I. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, du SMR, a retenu les diagnostics suivants, avec influence sur la capacité de travail : séquelles douloureuses et fonctionnelles de la hanche gauche in status post-mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche le 28 octobre 2011 ; status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1973 ; status post-ostéotomie inter-trochantérienne de valgisation pour séquelles de dysplasie et luxation congénitale de la hanche en 1971 ; status post-mise en place d'une prothèse totale de hanche droite le 11 août 1994 pour nécrose et subluxation de la tête fémorale droite ; status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1973 ; status post-ostéotomie pour séquelles de luxation congénitale de la hanche droite en 1971 ; troubles statiques des pieds des deux côtés avec déformation des orteils en griffe des deux côtés ; tendinite des tendons d'Achille/bursite talonnière postérieure chronique bilatérale ; discrète fasciite plantaire bilatérale, dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et troubles dégénératifs dorsaux marqués, lombaires modérés ; dysbalance musculaire ; raccourcissement des muscles ischio-jambiers des deux côtés ; et cervicalgies chroniques sur trouble statique et dégénératifs débutants. Comme

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 diagnostics sans influence sur la capacité de travail, elle a noté : une obésité (BMI 35.50 kg/m²) ; une insuffisance veineuse des membres inférieurs des deux côtés sur status variqueux bilatéral ; une hypertension artérielle traitée ; et des gonalgies bilatérales d'origine dégénérative débutante probable. La rhumatologue a conclu : « En ce qui concerne la capacité de travail, en la présence d'une décompensation rachidienne, la présence de deux prothèses totales de hanches avec douleurs résiduelles importantes du côté gauche, et des troubles statiques des pieds avec achilléo-bursite chronique et fasciite plantaire chronique bilatérale, outre l'insuffisance veineuse bilatérale, l'ancienne activité professionnelle de vendeuse ou d'aide infirmière n'est plus exigible. Une activité adaptée n'est actuellement non plus exigible au vu de la décompensation rachidienne présente. [...] Une péjoration de l'état de santé de [l'assurée] est survenue depuis la communication de révision de rente du 17 novembre 2011, marquée par la persistance de douleurs et d'une limitation des amplitudes articulaires de la hanche gauche entraînant des difficultés de mobilisation et une démarche laborieuse, outre une décompensation d'un syndrome vertébral cervico-dorso-lombaire et une décompensation de troubles statiques des pieds avec achilléo-bursite bilatérale chronique et orteils en griffe des deux côtés. [...] [L'assurée] n'est actuellement pas apte à réaliser une activité adaptée, en raison des comorbidités ostéoarticulaires associées. En cas de stabilisation des douleurs rachidiennes et de la hanche gauche, de l'amélioration de la mobilité rachidienne et lombaire, une capacité de travail résiduelle pourrait être réévaluée dans une activité légère et adaptée ». L'autorité intimée a également organisé une nouvelle enquête ménagère. Le rapport du 13 janvier 2014 a conclu aux taux d'empêchement suivants : 0% pour la « conduite du ménage », 20% pour l'« alimentation », 50% pour l'« entretien du logement », 10% pour les « emplettes et courses diverses », 40% pour le poste « lessive et entretien des vêtements », 0% pour les « soins aux enfants » et 16% pour les « divers ». Se fondant sur le rapport d'examen rhumatologique et le rapport d'enquête ménagère précités, l'OAI a finalement retenu que l'assurée présentait une invalidité globale de 61% (pondération de 50%-50%, 50% pour l'activité lucrative [50% x 100%] + 11.24% dans l'accomplissement de ses travaux habituels [50% x 22.48%]). Par décision du 19 mai 2014, l'office a dès lors remplacé la rente entière dont bénéficiait l'assurée et l'a remplacée par un trois-quarts de

rente d'invalidité, avec effet le premier jour du deuxième mois suivant la notification de ladite décision. c) Dans la présente occurrence, force est de constater qu'une amélioration significative de la situation clinique de la recourante depuis la décision du 17 novembre 2011 n'est ni patente ni médicalement clairement attestée, bien au contraire. Certes, depuis la dernière opération intervenue le 28 octobre 2011, le médecin opérateur a attesté d'une amélioration de la situation, ce qui sans nul doute justifie sur le principe un réexamen du droit à la rente. Toutefois, le dernier examen rhumatologique effectué par la spécialiste du SMR dans ce domaine a en effet montré une aggravation de son état de santé. Somme toute, seul le médecin opérateur précité, le Dr F. _____, a considéré que la recourante ne présentait plus d'incapacité de travail, les Desses G. _____ et I. _____ ayant conclu à une incapacité totale. Il convient de noter à ce propos que le rapport d'examen rhumatologique du 18 juillet 2013 de la Dresse I. _____ emporte la valeur probante d'une expertise (cf. supra 2g). C'est d'ailleurs sur la base de ce rapport que l'autorité intimée a retenu que la capacité de la recourante dans une activité lucrative était nulle. Or, le facteur invalidant retenu par la Dresse I. _____, à savoir les douleurs rachidiennes et de la hanche gauche ainsi que la diminution de la mobilité rachidienne et lombaire, est également susceptible de restreindre la recourante dans son aptitude à effectuer ses travaux habituels, ménagers, notamment dans les postes « alimentation », « entretien du logement », «

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 emplettes et courses diverses » et « divers » qui ont fait l'objet d'une diminution des empêchements dans le ménage. Il apparaît à cet égard significatif que la Dresse I. _____ ait expressément souligné qu'à défaut de stabilisation des douleurs et d'amélioration de la mobilité, même l'exercice d'une activité légère était inconcevable. Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans considère que l'autorité intimée ne pouvait se contenter des résultats de l'enquête ménagère pour procéder à la révision de la rente de la recourante. En effet, les observations de l'enquêteur ne concordent a priori pas avec les constatations faites sur le plan médical en ce qui concerne l'activité lucrative, domaine dans lequel l'incapacité est demeurée identique. Dans les circonstances particulières du cas d'espèce, les diagnostics rhumatologiques devaient conduire à un résultat cohérent entre activité lucrative et tâches ménagères, ce qui fait défaut. Le rapport d'enquête du 13 janvier 2014 ne peut avoir une valeur probante suffisante pour fonder une révision. Une réduction ne pouvait dès lors se fonder que sur une amélioration de l'état de santé de la recourante médicalement attestée et sur une appréciation claire quant à ses aptitudes dans les travaux ménagers. Devant de telles contradictions, l'autorité intimée aurait dû à tout le moins soumettre les résultats de l'enquête ménagère à sa rhumatologue du SMR. Or, ainsi que nous l'avons vu, aucun médecin n'a évalué le rapport d'enquête ménagère litigieux ni ne s'est prononcé sur la capacité de la recourante à effectuer son ménage. La cause doit donc être renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle fasse procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles, sur la base des constatations de fait figurant dans l'enquête ménagère. Un tel complément d'instruction – bien qu'il s'agisse en l'espèce d'une instruction portant sur l'activité ménagère – tombe précisément dans les exceptions aménagées par le TF permettant un renvoi (cf. supra consid. 2h). L'autorité intimée rendra ensuite une nouvelle décision, en tenant compte, le cas échéant, de l'arrêt Di Trizo c. Suisse (n° 7186/09) du 2 février 2016 de la Cour européenne des droits de l'homme. 4. a) Partant, le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire

au sens des considérants et nouvelle décision. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par la recourante lui est restituée. Ayant obtenu par là gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), la recourante a droit à des dépens. Conformément aux art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA ; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA ; RSF 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 27 avril 2016 par Me Dominique Morard, il se justifie de fixer l'indemnité à CHF 3'360.-, à savoir 14 heures 30 minutes à CHF 230.- (les opérations effectuées avant la date de la décision attaquée ne sont pas prises en compte) et 6 minutes à CHF 250.- (CHF 250.- de l'heure pour les opérations effectuées après le 1er juillet 2015), plus CHF 77.- de débours (les dépenses effectuées avant la date de la décision attaquée ne sont pas prises en compte), plus CHF 274.95 au titre de la TVA à 8 %. L'indemnité totale de CHF 3'711.95 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision du 19 mai 2014 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par A. _____ lui est restituée. IV. Il est alloué à A. _____ pour ses frais de défense une indemnité de CHF 3'360.-, plus un montant de CHF 77.- au titre de débours, plus CHF 274.95 au titre de la TVA à 8 %, soit un total de CHF 3'711.95. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Me Dominique Morard. V. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 11 mai 2016/yho Président Greffière-stagiaire

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.